



**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
Oficina de Asuntos Públicos
CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOS / ENTREVISTAR**

Fecha: _____ Hora: _____ am, pm (circular uno)

La intención de este consentimiento es liberar/absolver al Departamento de Salud y Servicios Humanos y su personal de cualquiera y toda responsabilidad que resulte de tomar y usar estos materiales con su autorización.

Yo suscribo y autorizo la entidad nombrada arriba a obtener o permitir:

(Nombre del medio de difusión / Agencia / Publicación / u Otra Persona)

A obtener los siguientes de mi / mi hijo/hija (marque las descripciones apropiadas)

_____ Fotografía _____ Película/video
_____ Entrevista _____ Grabación de voz

Estoy de acuerdo que lo nombrado arriba puede usar o permitir a otras personas usar los materiales producidos en esta sesión para cualquiera de los propósitos listados abajo (marque las categorías apropiadas).

_____ Publicaciones educacionales _____ Publicaciones departamentales
_____ Materiales de investigación/ publicaciones _____ Medios de difusión
_____ Anuncios _____ Otros (por favor de especificar)

Si aplica:

_____ Estoy de acuerdo con lo de arriba, con la condición de que no seré identificado por nombre.

Nombre (escrito/letra de molde)

Firma / Fecha

Firma de padres o guardián(tutor legal) / fecha

Firma del testigo / fecha

Phone (919) 733-9190 Fax: (919) 733-7447



**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
Oficina de Asuntos Públicos
CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOS / ENTREVISTAR**

Nosotros (Yo), que he firmado voluntariamente, le concedo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte--sin recibir ningun tipo de pago--el permiso para usar mi fotografía y nuestro(mi) nombre para ilustrar los programas y servicios del Departamento.

Fecha	Firma del paciente / cliente	Dirección
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del testigo _____

.....

Cuando un menor o pupilo tenga que ser fotografiado o nombrado en algun servicio ilustrado, el consentimiento de los padres o tutor debe ser indicado abajo.

Nombre del menor	Firma del paciente / tutor(guardián)	Relación	Dirección del los padres / tutor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Para el fotógrafo únicamente: Identifique la fotografía en escrito o como dibujo.

Firma del fotógrafo _____